

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE
ASISTEN A CONSULTA MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN TRES
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y EN UN MUNICIPIO DE
PUTUMAYO.

Presentado por:

Iván Javier Angulo Prado

Verónica Inés Benítez Segura

Naira Yamile Coral Bernal

Iván Leonardo Pauta Ortega

Adriana Mercedes Rodríguez Díaz

Asesor temático:

Luis Fernando Toro Palacio

UNIVERSIDAD CESMEDELLIN
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO

2015

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE
ASISTEN A CONSULTA MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN TRES
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y EN UN MUNICIPIO DE
PUTUMAYO.

Presentado por:

Iván Javier Angulo Prado

Verónica Inés Benítez Segura

Naira Yamile Coral Bernal

Iván Leonardo Pauta Ortega

Adriana Mercedes Rodríguez Díaz

Asesor temático:

Luis Fernando Toro Palacio

Trabajo de investigación para optar por el título de Especialistas En Gerencia De
La Salud Pública

UNIVERSIDAD CESMEDELLIN

FACULTAD DE MEDICINA

SAN JUAN DE PASTO

2015

TABLA DE CONTENIDO

1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	9
1.3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
2	MARCO TEÓRICO.....	11
2.1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	11
2.1.1.	La hipertensión resistente o refractaria al tratamiento.....	14
2.1.2.	Hipertensión de bata blanca	15
2.1.3.	Hipertensión oculta o enmascarada.....	15
2.1.4.	Hipertensión sistólica aislada.....	15
2.2	ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS.....	16
2.2.1.	Factores de riesgo.....	18
2.2.2.	Factores culturales.....	18
2.2.3.	Factores socioeconómicos.....	19
2.2.4.	Factores demográficos.....	20
2.3	DIAGNÓSTICO.....	20
2.3.1.	Evaluación de la hipertensión arterial.....	22
2.3.2.	Historia clínica.....	23
2.4	CRITERIOS DE LABORATORIO CLÍNICO.....	24
	Los criterios de laboratorio clínico están estrechamente relacionados con la clasificación inicial y el riesgo cardiovascular de cada paciente como se muestra en las tablas 4 y 5.....	24
2.5	TRATAMIENTO.....	25

2.5.1.	Tratamiento no farmacológico.....	25
2.5.2.	Tratamiento farmacológico.	25
2.6	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	28
2.6.1.	Test de Morisky-Green	30
3	OBJETIVO GENERAL	31
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4	DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
4.1	ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	32
4.2	TIPO DE ESTUDIO.....	32
4.3	POBLACIÓN REFERENCIA	32
4.4	DISEÑO MUESTRAL.....	32
4.5	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	33
4.5.1.	Diagrama de variables.....	33
4.6	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	34
5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
6	RESULTADOS.....	35
7	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	39
8	CONCLUSIONES	41
9	BIBLIOGRAFÍA	42
10	ANEXOS.....	45
10.1	ANEXO1	45
10.2	ANEXO2	46

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Valor de la presión arterial y clasificación de la presión arterial	13
Tabla 2 Factores para cuantificación del riesgo cardiovascular	16
Tabla 3 Condiciones mínimas para la toma de la presión arterial:	21
Tabla 4 Exámenes de laboratorio solicitados a pacientes con riesgo cardiovascular bajo y moderado(3)	24
Tabla 5 Exámenes de laboratorio solicitados a pacientes con riesgo cardiovascular moderado y alto (3).....	24
Tabla 6 Tratamiento no farmacológico y su asociación con la disminución de la presión arterial.	25
Tabla 7 Fármacos antihipertensivos solicitados y su dosis usual:(3)	27
Tabla 8 Antihipertensivos no esenciales y su dosis usual	27
Tabla 9 Variables	33
Tabla 10 Clasificación de pacientes por sexo	35
Tabla 11 Pacientes con HTA por grupos etarios	36
Tabla 12 Número de pacientes adherentes y no adherentes de acuerdo al Test de Morrinsky	36
Tabla 13 Número de Pacientes no adherentes por el Test de Morisky Green de acuerdo al sexo	37
Tabla 14 Porcentaje de pacientes no adherentes de acuerdo al sexo	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Riesgo relacionado con valores de la presión arterial	17
Grafico 2 Porcentaje de pacientes adherentes y no adherentes por municipio	36
Gráfico 3 Percepción de la atención en pacientes con HTA.....	37

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) constituye actualmente un importante problema de salud pública en el mundo, que afecta aproximadamente a un billón de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidosajustados por discapacidad. En los países de Suramérica, su prevalencia oscila entre el 14% y el 42%, en la población. (1)

La hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. “La incidencia de enfermedad cerebro vascular (ECV) aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión leve, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva. Se ha calculado que el 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de ECV es atribuible a la hipertensión”. (2)

En Colombia, según las últimas estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001), la prevalencia de la HTA entre la población mayor de 15 años es del 12,6%, constituyendo el principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Según los datos de mortalidad del DANE en 1995 la enfermedad hipertensiva ocupó el 9° lugar aportando el 3.05% de total de las defunciones por todas las causas, y según el Sistema de Información del Ministerio de Salud, “la enfermedad hipertensiva fue la octava causa de morbilidad en consulta externa del total de la población, siendo la primera causa para la población de 45 -59 años con el 10.97% de los casos, y para la población de 60 y más años con el 14.8% de los casos de consulta”. (2)

El control de la Hipertensión es sin embargo un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones, sin embargo la no adherencia al tratamiento farmacológico y los fallos al seguir las prescripciones médicas podrían ser considerados como las principales causas que conducen al paciente hipertenso a la progresión de su enfermedad, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento.

A pesar de existir un tratamiento eficaz, la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, solo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. En consecuencia, debido a la deficiente adherencia al tratamiento antihipertensivo, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no logran el control óptimo de la presión arterial.

“Los cálculos del grado en que los pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión varían entre 50 y 70%. Esta variación se relaciona con las diferencias en los grupos de estudio, la duración del seguimiento, los métodos de evaluación de la adherencia y los regímenes medicamentosos empleados en diferentes estudios. Por ejemplo, los estudios que definieron la adherencia como 80% de la razón entre los días en los cuales se dispensó la medicación y los días en el período de estudio, informaron sobre tasas de adherencia que comprendían de 52 a 74%”(3). Otros estudios que investigaron la interrupción de los antihipertensivos comunicaron tasas de adherencia de 43 a 88%. Además, se ha calculado que, en el primer año de tratamiento, del 16 a 50% de los pacientes con hipertensión interrumpen sus medicamentos antihipertensivos y entre quienes siguen su tratamiento a largo plazo, las dosis perdidas de medicación son comunes. Estas cifras difieren para los pacientes recién diagnosticados y aquellos con hipertensión crónica.

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es sólo del 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención.

Por lo tanto, la adherencia terapéutica se constituye en un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores. En donde, la creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son:(4)(5)

Factores socioeconómicos: En el cual convergen la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación y el tratamiento y la disfunción familiar.

Factores relacionados con la percepción del paciente acerca de la atención en el programa de HTA en la institución: en el cual se destacan las barreras de acceso al tratamiento, la falta de conocimiento y adiestramiento del personal en el control de las enfermedades crónicas, y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla, así como la poca humanización en el servicio. (5).

En cuanto a los factores culturales, algunos de los componentes identificados relacionados con la adherencia terapéutica son: las creencias en tratamientos de origen natural. (5)

Dentro de los factores demográficos, se encuentran aquellos determinantes potenciales tales como la edad y el sexo, pues pueden contribuir de manera importante en el momento de adherirse a un tratamiento. (5)

Cabe destacar que, a pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos de 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, solo 7 y 30% de los pacientes, respectivamente, tenía buen control de la presión arterial, en Venezuela solo 4,5% de los tratados lo presentaba. La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión. En un estudio, los pacientes que no se adhirieron al tratamiento con betabloqueantes presentaron 4,5 veces más probabilidades de tener complicaciones de la cardiopatía coronaria que los que sí lo hicieron. El mejor cálculo disponible es que la adherencia deficiente al tratamiento contribuye a la falta de buen control de la presión arterial en más de dos tercios de los hipertensos. (2)

Por lo tanto, seguir una prescripción o adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados tales como no adquirir la medicación prescrita, tomar dosis incorrectas, o en intervalos incorrectos, olvido en la toma de una o más dosis e incluso, interrumpir el tratamiento antes de tiempo, además de los factores socioeconómicos y psicológicos, que en la mayoría de las veces interfieren abruptamente y no se les da la importancia que realmente ameritan.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Cursamos el siglo XXI y todavía existe la incapacidad de identificar y dar solución al incumplimiento de la terapia farmacológica en la enfermedad crónica de la HTA, lo que determina problemas como: incremento en las dosis de dichos fármacos y

esto lleva a aumentar los costos de un tratamiento para el sistema de salud, riesgos de eventos adversos, y puede terminar en un agravamiento de la enfermedad y por último en una muerte temprana.

Según la OMS refiere que el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo acarrea consecuencias tan alarmantes que dejaría secuelas en el individuo.(5) Es por esto que mejorar la adherencia a los tratamientos existentes traería grandes beneficios mundiales

En nuestro medio existen muchos mitos y creencias en medicina tradicional que impiden la adherencia a un tratamiento farmacológico específico para la HTA, es por ello que encontrar una relación entre factores culturales y la adherencia es importante porque en un futuro inducirá a las instituciones a educar mejor a los pacientes y al binomio médico-paciente, lo que permitirá evaluar la pertinencia de incluir la medicina tradicional en instituciones que manejan medicina occidental.

La adherencia al tratamiento es de gran importancia pues es fundamental para la salud del individuo aquejado con una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), porque conlleva a una situación grave de la efectividad del tratamiento, esta condición es proporcional a aspectos tales como la calidad de vida o buen vivir, pues la poca adherencia puede conllevar al aumento del riesgo cardiovascular, a accidentes cerebrovasculares, infarto o en casos extremos a la muerte.(5)

La adherencia es un “proceso” complejo, por así decirlo, para el binomio paciente-medico; bien lo dice la OMS que existe una diferencia entre adherencia y cumplimiento, pues “La adherencia requiere la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva”(6) por ello es de gran importancia para nuestro estudio investigar la percepción del paciente con respecto a la atención médica, que incluye no únicamente el acto médico sino el proceso como tal de la atención del paciente con HTA, en el paso por los diferentes puntos de atención en las instituciones de primer nivel de los municipios de Tumaco, Buesaco y La Unión (Nariño) y el municipio de Puerto Asís (Putumayo).

Las instituciones deben tomar conciencia sobre la importancia de medir la adherencia a los tratamientos de los pacientes con HTA, porque debe implicarse de lleno en el cumplimiento terapéutico, corrigiendo ciertas falencias del sistema como es la falta de medicamentos, cumplimiento de protocolos, profesionales capacitados, coordinación por dependencias y aún con mayor importancia la humanización en el servicio.

De acuerdo a la OMS que proporciona un análisis estadístico de que en los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50% y que resulta mucho menor en los países en vía

de desarrollo; lo que nos lleva a especular que el incumplimiento del tratamiento desencadena en un mal control de la HTA, por esto es importante verificar, los medicamentos y la dosis-efecto en cada paciente acompañado de un afinamiento arterial y si esto se relaciona con la adherencia al tratamiento.

El presente estudio se realiza con el fin de identificar los factores que se asocian con la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con HTA que consultan en instituciones de primer nivel en los municipios de Tumaco, Buesaco y la Unión, Nariño y Puerto Asís(Putumayo) y de esta manera realizar una comparación entre la ejecución de los procesos en cada una de las instituciones donde se tomarán los datos.

Este estudio contribuirá en las instituciones para que en un futuro se realice una intervención sobre los factores que se logren asociar con la no adherencia al tratamiento, mejorar la salud de los pacientes y reducir costos en tratamientos ocurridos por esta situación.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg. La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco. En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefaleas, hemorragias con origen en las fosas nasales, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, falta de energía o fortaleza(2)

Como define la Sociedad Europea de cardiología e hipertensión (2003). “HTA como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas”. Es decir, la HTA es un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles elevados en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo.(7)

La aparición de la hipertensión depende de la interacción entre la predisposición genética y factores ambientales. Se sabe, sin embargo, que la hipertensión va acompañada de alteraciones funcionales del sistema nervioso simpático (adrenérgico), del riñón y de otros mecanismos humorales. La hipertensión conlleva por tanto diferentes cambios estructurales del sistema cardiovascular que amplifican los estímulos hipertensivos e inician las lesiones cardiovasculares. La hipertensión arterial produce lento y progresivo deterioro de la salud, si no viene controlada, es indolora y silenciosa.(8)

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, que es especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos. Informes recientes de la OMS(9)Global burden of blood y del Banco Mundial(10) destacan la importancia de las enfermedades crónicas tales como la hipertensión, como obstáculo al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, estrategias deficientes de la atención primaria de la salud son obstáculos mayores para el logro del control de la presión arterial(11). Es más, la epidemiología de la hipertensión y enfermedades relacionadas, los recursos y las prioridades de salud, el estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en diferentes países y en diferentes regiones de países individuales. A causa de esto, los documentos de la Organización Mundial de la Salud - Sociedad Internacional de Hipertensión(12) y de la Sociedad Europea de Hipertensión - Sociedad Europea de Cardiología(13) recomiendan el desarrollo de pautas locales que tengan en cuenta estas condiciones. Teniendo en cuenta las bajas tasas de control de la presión arterial logrados en Latinoamérica y los beneficios que se puede esperar de un mejor control, se decidió invitar a especialistas de diferentes países latinoamericanos a analizar la situación de la región y redactar un documento de consenso sobre la detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión que podría ser adecuado del punto de vista costo-utilidad. Es por eso que miembros de las Sociedades de hipertensión, cardiología y diabetes de países latinoamericanos se reunieron para elaborar las nuevas recomendaciones para la prevención y el manejo de la hipertensión y enfermedades relacionadas, y redactar un documento de consenso, con atención especial al Síndrome Metabólico (SM) para alertar a los médicos acerca de esta condición de mayor riesgo, especialmente prominente en Latinoamérica pero habitualmente subestimada y subtratada. El documento resultante está diseñado para servir como guía a los médicos que atienden pacientes con hipertensión y comorbilidades.

La hipertensión impone una enorme carga económica y social mundial a causa de las comorbilidades asociadas y de las complicaciones crónicas que pueden afectar la sobrevivencia y la calidad de vida. Así, un análisis reciente de un banco de datos internacional ha demostrado que una proporción muy substancial de la enfermedad cardiovascular es atribuible a la hipertensión.

La hipertensión establecida es una condición que implica un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos en la cual la presión arterial está crónicamente elevada por encima de valores considerados óptimos o normales. La hipertensión frecuentemente está asociada con comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardíaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica. La hipertensión persistente es considerada uno de los factores de riesgo para AVE, infarto de miocardio, IC y aneurisma arterial, y es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica y diálisis. Incluso una moderada elevación de la presión arterial conlleva una disminución de la expectativa de vida. Cuando la presión arterial está marcadamente elevada (presión arterial media 50% o más por encima del promedio) la expectativa de vida se disminuye en 30 a 40%, a menos que la hipertensión sea tratada adecuadamente.(14)

Luego de considerar las clasificaciones propuestas por el Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada(15) las Pautas Europeas para el Manejo de la Hipertensión 2007(13), y el anterior Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial(16), se decidió, como se muestra en la tabla el concepto de que la hipertensión se diagnostica cuando la presión arterial es >140/90 mmHg. Por encima de este valor, se puede dividir a la hipertensión en grado 1, 2 o 3. Esta clasificación también se aplica a la hipertensión sistólica aislada, que debe ser diagnosticada y tratada sobre todo en los pacientes mayores.

Tabla 1 Valor de la presión arterial y clasificación de la presión arterial

Tabla 2. Clasificación de la presión arterial (2)

Presión Arterial		
Optima		<120/80 mmHg
Normal:		120/80-129/84 mmHg
Normal Alta:		130/85-139/89 mmHg
Hipertensión	Grado 1:	140-159/90-99 mmHg
Hipertensión	Grado 2:	160-179/100-109 mmHg
Hipertensión	Grado 3:	≥ 180/110 mmHg
Hipertensión Sistólica Aislada		≥ 140/<90 mmHg

(2)

Teniendo en cuenta que la presión arterial es una variable continua, y que a mayores cifras tensionales mayor es el riesgo cardiovascular(17)(18), se decidió que los sujetos con PA entre 120/80 y 129/84 pueden ser considerados presión normal, mientras que los que tienen cifras entre 130/85 y 139/89 son considerados presión arterial normal alta. Los valores de presión arterial menores de 120/80 son considerados valores óptimos. Se debe enfatizar que los valores normales altos y normales son de mayor riesgo que los valores óptimos, a pesar de estar en el rango normal. La hipertensión arterial generalmente se clasifica como: *Primaria, Esencial o Idiopática* cuando la presión arterial es constantemente mayor de lo normal, sin causa subyacente conocida. Representa el 85 a 90% de todos los casos de hipertensión. La hipertensión es definida como *Secundaria* cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable, frecuentemente corregible (el restante 10 a 15% de los sujetos hipertensos).

2.1.1. La hipertensión resistente o refractaria al tratamiento.

Representa una elevación de presión arterial que se mantiene por encima de los valores fijados como objetivo a pesar de la institución de tratamiento no farmacológico y farmacológico incluyendo dosis plenas de tres o más medicamentos, uno de los cuales un diurético. Estos pacientes deben ser remitidos a un especialista o a un centro de hipertensión porque este tipo de hipertensión frecuentemente está asociado con daño subclínico de órganos blanco, y tiene un mayor riesgo cardiovascular.(19)

2.1.2. Hipertensión de bata blanca

También llamada Hipertensión Aislada del Consultorio, es la condición en la cual la presión arterial medida en el consultorio está constantemente en el rango hipertenso, mientras que los valores medios de MAPA(20) o domiciliarios(21) siempre están en rango normotenso. Su prevalencia es de alrededor del 10%. Su riesgo general no está claramente establecido(22) pero parece estar asociada con más anomalías cardíacas, renales y metabólicas funcionales y/o estructurales que la plena normotensión(23)(24).

2.1.3. Hipertensión oculta o enmascarada.

También llamada Hipertensión Ambulatoria Aislada, representa la condición contraria a la hipertensión de bata blanca, es decir, los sujetos tienen cifras tensionales normales en el consultorio mientras que los valores medios de monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) o los valores domiciliarios están en rango hipertenso. Se encuentra en uno de cada 7 a 8 sujetos con valores normales en el consultorio(24). El riesgo cardiovascular en estos pacientes parece ser similar al de los hipertensos establecidos(25). Por ende, se debe tener cuidado para evitar que estos sujetos vayan sin ser diagnosticados, usando MAPA o mediciones domiciliarias de la PA.

2.1.4. Hipertensión sistólica aislada.

Es la presión arterial sistólica (PAS) constantemente >140 mm Hg con presión arterial diastólica (PAD) > 90 mmHg. Como la PAS tiende a subir con la edad, la prevalencia de la hipertensión sistólica aumenta con la edad, y por encima de los 60 años de edad representa una forma común de hipertensión. Se ha acumulado sólida evidencia acerca de la importancia de la PAS como factor de riesgo mayor para las enfermedades cardiovasculares(26).

2.2 ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS

Para manejar un paciente hipertenso se debe tener en cuenta no solo los niveles tensionales, sino el riesgo cardiovascular total. Para estratificar el riesgo cardiovascular total, se debe tener en cuenta una serie de factores de riesgo, la presencia de daño de órganos blanco, y de otras condiciones o resultados clínicos previos o concomitantes (Tabla 2) asociados con la presión arterial, como se muestra en la figura 1.

Tabla 2 Factores para cuantificación del riesgo cardiovascular

Factores de Riesgo	Subclínicos	Eventos Clínicos
<ul style="list-style-type: none"> - Edad, Sexo (Masculino), - Hipertensión, - Colesterol Total, - Tabaquismo, Diabetes*, - Anteced. familiar de Eventos CV, - HDLco bajo, - HDLco alto, - Sobre peso/Obesidad (IMC>25Kg/m²), - Menopausia, - Posición Socio/Económica**, - Educación 	<ul style="list-style-type: none"> - HVI - MicroAlbuminuria - Creatinina > 1,3mg/dl - IMT aumentado - Retinopatía Hipertensiva (grados III/IV) - Aumento de rigidez vascular. 	<ul style="list-style-type: none"> - EC - IM - Stroke - Arteriopatía periférica - ICC - ERC

(2)

Entre los factores de riesgo tradicionales, las condiciones socio-económicas deben recibir atención especial en Latinoamérica. Del mismo modo se debe hacer énfasis en el bajo nivel de educación, a causa del alto porcentaje de población nativa con bajas oportunidades de obtener una educación adecuada.

La figura 1 no incluye los valores tradicionales de corte de 140/90 mmHg, sino también los que se consideran óptimos o normales, o normales altos. A todos los niveles de presión arterial, incluyendo los óptimos, el riesgo total aumenta progresivamente al ir agregándose otros factores de riesgo, daño de órganos blanco, diabetes y resultados previos. Las influencias de la estratificación total de riesgos sobre las decisiones terapéuticas se describen en la sección sobre Selección de drogas antihipertensivas.

Figura1 Riesgo relacionado con valores de la presión arterial

	NORMOTENSION			HIPERTENSION		
Otros Factores de Riesgo o Enfermedades	<i>Optimo</i>	<i>Normal</i>	<i>Normal Alto</i>	<i>Grado 1</i>	<i>Grado 2</i>	<i>Grado 3</i>
Ningún FR	Riesgo Promedio	Riesgo Promedio	Riesgo Promedio	Bajo Riesgo Adicional	Moderado Riesgo Adicional	Alto Riesgo Adicional
1 o 2 FR o Condiciones Sociales de Riesgo	Bajo Riesgo Adicional	Bajo Riesgo Adicional	Bajo Riesgo Adicional	Moderado Riesgo Adicional	Moderado Riesgo Adicional	Muy Alto Riesgo Adicional
>3 FR o Condiciones Sociales de Riesgo TOD o SM/DBT	Moderado Riesgo Adicional	Moderado Riesgo Adicional	Alto Riesgo Adicional	Alto Riesgo Adicional	Alto Riesgo Adicional	Muy Alto Riesgo Adicional
Condición Clínica	Alto Riesgo Adicional	Alto Riesgo Adicional	Muy Alto Riesgo	Muy Alto Riesgo	Muy Alto Riesgo	Muy Alto Riesgo

Figura 1: Riesgo relacionado con valores de presión arterial.

(2)

La hipertensión arterial es un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de la hipertrofia ventricular izquierda, la insuficiencia cardiaca, el infarto de miocardio y la angina de pecho, la mortalidad total, la mortalidad por causas cardiovasculares y la muerte súbita, además de otros factores como la edad, el género, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, elevación de la presión arterial sistólica, elevación de la presión arterial diastólica, tabaquismo, aumento del colesterol total y de las lipoproteínas de alta densidad, antecedentes de episodios cardiovasculares, antecedentes de accidentes cerebrovascular, diabetes, nefropatía, obesidad y modo de vida sedentario(8).

Por otra parte, la prevalencia de hipertensión arterial (PHTA) en poblaciones occidentales es mayor en hombres que en mujeres entre los 50 y 60 años de edad. En Colombia, el riesgo de PHTA tiene una prevalencia de 12, 6% en la población mayor de 15 años, constituyéndose en el factor de riesgo más importante en relación con las enfermedades cardiovasculares. De otro lado, en la población adulta la HTA se presenta con una frecuencia estimada de 14% porcentaje que aumenta con la edad. (8)

2.2.1. Factores de riesgo.

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados.

2.2.2. Factores culturales.

El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

Desde la antropología, cultura se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización.

En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o de lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas.

En el contexto de salud, estas dos dimensiones de la cultura, la cognitiva y material se articulan en un modelo médico que otorga consistencia a cómo pacientes y profesionales se explican el fenómeno de salud y enfermedad, y a las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y

mantención de la salud. Normalmente los elementos cognitivos y prácticos difieren entre profesionales y pacientes producto de las diversas historias sociales y culturales de cada uno, del contexto en que ocurre el proceso de socialización de la cultura médica y del contenido propio de la cultura.

2.2.3. Factores socioeconómicos.

Dentro del gasto en salud se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, preocupación que atañe a los encargados de la toma de decisiones, administradores en salud, farmacéuticos y a los propios pacientes.(8)

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia.

El gasto en salud por parte del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública.

Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales.

Los principales problemas socioeconómicos que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestable, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de los medicamentos, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento y la disfunción familiar, y los conflictos sociales como las guerras y los desplazamientos forzados.

El costo elevado de los medicamentos y la atención se informa constantemente como una causa importante de la falta de adherencia terapéutica en los países en desarrollo. Para alcanzar buenas tasas de adherencia a los tratamientos se requiere financiamiento general y sostenible, protección del estado en salud, precios asequibles y sistemas de distribución de medicamentos de forma confiables. Igualmente se ha informado que a las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica.

Por lo que el apoyo socioeconómico del estado, la comunidad y la familia, puede mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los pacientes mayores con procesos crónicos. La participación de las organizaciones y de los profesionales comunitarios de la salud ha probado ser eficaz para promover el mantenimiento y la motivación necesarios para el autocuidado de las personas mayores así como para mantener al paciente activo en el conocimiento de su enfermedad y en la adquisición de nuevos hábitos.

2.2.4. Factores demográficos.

La adherencia en pacientes hipertensos es irregular y mediada por las características del paciente y por el grupo de edad en el cual se desarrollan las complicaciones de la patología en este caso en adultos mayores y ancianos; estos últimos son quienes representan el 6.4% de la población mundial y su número crece a razón de 800 mil individuos todos los meses. Muchos pacientes ancianos presentan enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad además, los ancianos son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. En los países desarrollados las personas mayores de 60 años consumen en promedio el 50% de todos los medicamentos recetados hasta tres veces más per capita que la población en general y explican el 60% de los costos relacionados con la medicación, aunque solo representen el 12 al 18% de estos países.(5)

2.3 DIAGNÓSTICO

Ante la presencia de un caso sospechoso, durante la consulta médica se recomienda: realizar mínimo dos tomas de presión arterial con un tiempo mínimo de reposo de 2 minutos, idealmente con el paciente sentado y correlacionado en

los dos brazos. No se recomienda la toma de presión arterial de pie de rutina excepto si se sospecha hipotensión o estenosis aortica(2)

Si hay dudas del diagnóstico o una PA en el límite superior se recomienda recurrir a métodos diferentes entre los que destacan:

MAPA: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial

AMPA: La medida de la presión arterial

Afinamiento de la presión arterial. (Usado en nuestro medio): consiste en un método sencillo de monitorizar las cifras tensionales de un caso sospechoso, se deben realizar mínimo 5 tomas seriadas de PA, tomada por personal calificado y aplicando las condiciones mínimas para una adecuada toma de la presión arterial. Tal como se indica en siguiente tabla:

Tabla 3 Condiciones mínimas para la toma de la presión arterial:

Condición del paciente	<p>La toma de la TA debe ser luego de 5 minutos de reposo</p> <p>Evitar ejercicio físico previo</p> <p>No haber fumado o ingerido cafeína en la última media hora</p> <p>Evitar actividad muscular isométrica (antebrazos apoyados)</p> <p>El paciente debe estar tranquilo y tener la vejiga vacía</p> <p>Evitar hablar durante la toma</p>
Condiciones del equipo Dispositivo de medida	<p>Preferiblemente esfigmomanómetro de mercurio</p> <p>Manómetro anerode calibrado en los últimos seis meses</p> <p>Aparato electrónico validado y calibrado en el último año</p>
Manguito	<p>El largo de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos 80% del brazo</p> <p>Tener brazaletes más grandes o más pequeños para sujetos con brazos gruesos o delgados</p> <p>El ancho de la cámara neumática del tensiómetro debe rodear al menos 40% del brazo</p>
Toma de la medida Colocación del manguito	<p>Colocar y ajustar sin holgura y sin que comprima</p> <p>Retirar prendas gruesas, evitar enrollar las mangas</p> <p>Dejar libre la fosa antecubital (el borde inferior del manguito debe estar al menos 2 cm por encima del pliegue del codo)</p> <p>Colocar el centro de la cámara neumática sobre la arteria braquial.</p> <p>El brazo, con el manguito, debe quedar a nivel del corazón.</p>
Técnica	<p>Establecer primero la PAS por palpación de la arteria braquial</p> <p>Inflar el manguito 20 mmHg, por encima de la PAS estimada</p> <p>Desinflar el manguito a 2-3 mmHg/seg</p> <p>Usar la fase I de Korotkoff para la PAS y la V (desaparición) para la PAD</p> <p>Ajustar la medida de 2 en 2 mmHg no redondear la cifra a 5 ó 10 mm Hg</p> <p>Debe tomarse la TA (de pie o sentado y acostado)</p>
Medidas	<p>Mínimo dos medidas promediadas con intervalo de 2 minutos, realizar toma adicional si hay cambios de más de 5 mm Hg</p> <p>La toma rutinaria (para detección y seguimiento) de la TA debe ser con el paciente sentado</p> <p>Si en el momento de hacer el diagnóstico de HTA se encuentra una cifra mayor en uno de los brazos, la cifra mayor es la más significativa</p> <p>La toma de pie se hace para buscar hipotensión postural (si está presente debe modificar el tratamiento)</p>

(2)

2.3.1. Evaluación de la hipertensión arterial.

Una vez establecido el diagnóstico de la hipertensión arterial, se debe evaluar si es primaria o secundaria, si tiene daño de órgano blanco y si hay otros factores de riesgo presentes, todo lo cual debe quedar consignado como parte del diagnóstico del paciente.

La hipertensión arterial leve es de fácil control y manejo. La hipertensión arterial acelerada aparece con cifras muy altas y mal controladas, es más sintomática (cefalea, malestar, pérdida de peso y alteraciones mentales) y se asocia con retinopatía grado III o IV. La hipertensión arterial maligna requiere para su

diagnóstico de la presencia de papiledema y espasmo arteriolar generalizado, pudiendo llevar en forma más temprana a daño renal, cardiovascular o cerebro vascular. (2)

2.3.2. Historia clínica.

La anamnesis y el examen físico deben dirigirse principalmente al estudio de la hipertensión arterial, identificación de las causas de hipertensión arterial secundaria y de los factores de riesgo.(2)

- Historia familiar de hipertensión arterial, enfermedad coronaria prematura, accidente cerebro vascular, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, hiperlipidemia y gota.
- Historia personal o síntomas de enfermedad cardiovascular, cerebro vascular, renal, diabetes mellitus, dislipidemia o gota.
- Duración y severidad de la hipertensión arterial.
- Historia de ganancia de peso, actividad física y tabaquismo.
- Valoración dietética que incluye ingesta de sodio, uso de alcohol e ingesta de colesterol y grasas saturadas.
- Resultados y efectos secundarios con terapias hipotensoras previas.
- Síntomas sugestivos de hipertensión arterial secundaria.
- Factores psicosociales y ambientales: Situación familiar, empleo, condiciones de trabajo, nivel educacional.
- Historia de todos los medicamentos que ingiera.(2)

Dentro de un examen regular, se debe poner especial cuidado en:

- Dos o más tomas de presión arterial con diferencia de dos minutos, con el paciente sentado.
- Verificación de la presión arterial en el brazo contra lateral.
- Medida de peso y talla.
- Examen de fondo de ojo.
- Examen de cuello para soplos carotídeos, venas distendidas o aumento del tamaño de la glándula tiroides.
- Examen del corazón para frecuencia cardíaca, aumento de tamaño, masas y pulso anormal aórtico.
- Examen del abdomen, buscando la presencia de masas o soplos.
- Examen de las extremidades valorando pulsos periféricos disminuidos o ausentes, soplos y edemas.
- Valoración neurológica completa.(2)

2.4 CRITERIOS DE LABORATORIO CLÍNICO

Los criterios de laboratorio clínico están estrechamente relacionados con la clasificación inicial y el riesgo cardiovascular de cada paciente como se muestra en las tablas 4 y 5.

Tabla 4 Exámenes de laboratorio solicitados a pacientes con riesgo cardiovascular bajo y moderado(2)

PROCEDIMIENTO	INICIAL	ANUAL	SEMESTRAL
HEMOGRAMA	X		X
GLICEMIA	X	X	
PERFIL LIPIDICO	X		X
PARCIAL ORINA	X	X	
CREATININA	X		X
ELECTROCARDIOGRAMA	X		X

Tabla 5 Exámenes de laboratorio solicitados a pacientes con riesgo cardiovascular moderado y alto (2)

PROCEDIMIENTO	INICIAL	ANUAL	SEMESTRAL
HEMOGRAMA	X		X
GLICEMIA	X	X	
PERFIL LIPIDICO	X		X
PARCIAL ORINA	X	X	
CREATININA	X	X	
ELECTROCARDIOGRAMA	X	X	
ECOCARDIOGRAMA	X		X
MICROALBUMINURIA	X	X	

2.5 TRATAMIENTO

2.5.1. Tratamiento no farmacológico.

La modificación de estilo de vida es parte indispensable del tratamiento médico. El poder generar en nuestros pacientes una conciencia real de autocuidado con cambios en sus rutinas diarias que apunten a un mayor bienestar, es el principal reto para el personal de salud encargado del control de estos pacientes. Estas deben ser recomendadas desde estadios de riesgo (prehipertensión), y deben ir encaminadas a mejorar la salud del paciente y prevenir la enfermedad en su núcleo familiar.

Tabla 6 Tratamiento no farmacológico y su asociación con la disminución de la presión arterial.

Modificación	Recomendación	Reducción aproximada de TAS
Reducción de peso	IMC ideal: 18.5 – 24.5 kg/m ²	5 a 20 mm Hg por cada 10 Kg disminuidos.
Dieta DASH	Alto contenido de vegetales, frutas, pescado y fibra. Reducida en grasas totales, saturadas y ácidos grasos <i>trans</i> .	8 a 14 mm Hg
Reducción de sodio	Menos de 2.4 gr de sodio al día (una cucharadita de te).	2 a 8 mm Hg
Actividad física (principalmente aeróbica)	Caminar 30 minutos al menos 5 veces a la semana.	4 a 9 mm Hg
Consumo de alcohol	No más de dos copas al día en hombres y una copa en mujeres y en personas obesas.	2 a 4 mm Hg
Tabaco	Suspender	
Estrés	Manejo de estrés	

(2)

2.5.2. Tratamiento farmacológico.

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse solo al control de la cifra de presión arterial, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco y control de los factores de riesgo cardiovascular

- Se mantiene la consideración de que sólo hay cinco grupos farmacológicos válidos para el inicio o mantenimiento del tratamiento: diuréticos (tiazidas, clortalidona e indapamida), betabloqueantes, antagonistas del calcio, Inhibidores de la ECA y ARA II (I A).
- Los betabloqueantes siguen siendo agentes de primera línea. El perfil metabólico de nebivolol y carvedilol es mejor que el atenolol y metoprolol.
- no está bien demostrado que la hidroclorotiazida sea menos efectiva que la clortalidona.
- No existen ensayos randomizados con espironolactona en hipertensos. Propone su uso en falla cardiaca y como agente de tercer o cuarto escalón.
- La efectividad de inhibidores de la ECA y ARA II sería similar.
- No se incluyen los inhibidores directos de la renina (IDR). Su eficacia para reducir la presión arterial está bien contrastada pero los estudios para prevenir a largo plazo la morbilidad y mortalidad CV o renal no ha sido favorables.
- Tanto los alfabloqueantes (doxazosina) como los agentes centrales sólo se reconocen como válidos en los regímenes que precisan de combinaciones múltiples.
- Se corrobora el principio de que la combinación de dos fármacos antihipertensivos es más efectiva y mejor tolerada que el incremento de dosis de un solo agente. Debería considerarse en pacientes con una PA basal muy alta o con riesgo CV elevado (IIa C).
- No se aconseja la combinación de inhibidores de la ECA y ARA II O la de uno de esos agentes con aliskirén en base al estudio (Clase III A).
- Se aconseja la combinación de betabloqueantes con diuréticos aunque con la limitación de que aumenta el riesgo de diabetes de nueva aparición.
- La superioridad de la combinación de un inhibidor de la ECA con un antagonista del calcio versus inhibidor de la ECA-diurético no está plenamente reconocida y aconseja confirmarla con nuevos estudios.
- La combinaciones de dosis fijas en un mismo comprimido Confirma su beneficio con la aparición de nuevos estudios y de nuevas combinaciones. Expresa que podría ser recomendable (IIb B) porque reduce el número de comprimidos diarios y mejora la adherencia que suele ser baja en los pacientes hipertensos.

Tabla 7 Fármacos antihipertensivos solicitados y su dosis usual:

FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS ESENCIALES	
TIPO DE DROGA	DOSIS USUAL (mg)
A. DIURETICOS	
<i>Tiazidas y relacionados</i>	
Hidroclorotiazida	12,5-25
Indapamida	2,5-5
<i>de Asa</i>	
Furosemida	20-60
<i>Ahorradores de potasio</i>	
Amiloride	10
Espironolactona	25-100
Triamtireno	50-150
B. BETABLOQUEADORES	
Atenolol	25-100
Metoprolol	50-200
Nadolol	40-240
Propranolol	40-320
Timolol	20-40
C. INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	
Captopril	12,5-150
Cilazapril	2,5-5
Enalapril	2,5-20
Fosinopril	10-40
Lisinopril	5-40
Quinapril	10-40
Ramipril	2,5-20
D. CALCIOANTAGONISTAS	
Diltiazem	60-180
Verapamilo	120-240
<i>Dihidropiridinas</i>	
Amlodipino	2,5-10
Isradipino	2,5-10
Nifedipina	30-60
E. SIMPATICOLOTICOS	
Clonidina	0,15-0,45
Metildopa	250-2000

(2)

Tabla 8 Antihipertensivos no esenciales y su dosis usual

ANTIHIPERTENSIVOS NO ESENCIALES	
TIPO DE DROGA	DOSIS USUAL
ALFABLOQUEADORES Y VASODILATADORES	
Prazosin	1- 4
Hidralazina	50-200
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II	
Losartán	40
Valsartán	80

(2)(13)(27)

2.6 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se entiende como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. En la misma línea, el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.(5)

Así mismo, se habla de la adherencia como la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Otros autores hacen referencia a la adhesión terapéutica o conducta meta, como la incorporación en las rutinas cotidianas de la persona de nuevos hábitos beneficiosos para el sujeto (bien por la eliminación de condiciones aversivas como por ejemplo síntomas, desaprobación social, reducción de miedos etc.; bien por la obtención de ventajas, como la mejora de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o de reducción de riesgos, etc.)

Para la OMS la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.

No obstante, para la OMS el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Considera dentro de esta definición el término médico como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de la salud). Además, cuestiona la palabra instrucciones que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. A su vez, plantea que es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

Se han identificado cuatro variables y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento:

Variables del paciente. Características del individuo; falta de comprensión; modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; y falta de recursos.

Variables de la enfermedad. Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas).

Variables del tratamiento. Tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento; características del tratamiento; desembolso económico; características de los medicamentos; y efectos secundarios de la medicación. Variables de la relación. Comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada.

En cuanto a los modelos para explicar la conducta de adhesión, los dos más utilizados son: Los modelos biomédicos y los conductuales. Los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico. Así mismo, los modelos conductuales se presentan en tres categorías: Los modelos operantes que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de

adhesión. Los modelos de comunicación que buscan mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión. Los modelos cognitivos que están basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social de Bandura y en los modelos cognitivos de decisión.

La conducta de adhesión al tratamiento se ha relacionado entonces con la autoeficacia, la cual se encuentra correlacionada positivamente con las conductas de salud deseadas.

Por su parte, los modelos de creencias en salud plantean que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud.

Las teorías de la acción razonada enfatizan el papel mediador de lo que la persona se dice a sí misma sobre su conducta manifiesta (de adhesión en este caso) y la teoría de la acción social, donde el modelo defiende que la clave del mantenimiento de un hábito saludable radica en la autorregulación entre las actividades autoprotectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales, y sociales experimentadas. Establece además que los individuos se motivan a sí mismos a partir de sus expectativas sobre los resultados, evaluando su autoeficacia y estableciendo metas que influyen sobre los actos de resolución de problemas, plantean que las dos estrategias más estudiadas con relación a la adherencia al tratamiento han sido la educación del paciente y la modificación de conducta demostrando esta última ser la más exitosa. A su vez, indican que el objetivo de un programa de entrenamiento en adhesión es promover la implicación del paciente, su autocontrol, y el mantenimiento a largo plazo en ausencia de supervisión por parte del profesional de la salud.

2.6.1. Test de Morisky-Green

Método validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por MoriskyGreen y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA).

Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes

correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial. Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.(5)

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta a cada una de las preguntas debe ser no, sí, no, no respectivamente.

3 OBJETIVO GENERAL

Describir los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente los pacientes incluidos en el programa de HTA de las E.S.E.S de Nariño y Putumayo.
- Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.
- Determinar la percepción de los pacientes con respecto a la atención en el programa de HTA institucional.
- Establecer la relación entre la adherencia y los factores socioeconómicos, culturales y demográficos, relacionados con el tratamiento.

4 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en los municipios de Nariño y Putumayo mencionados anteriormente, tiene un enfoque cuantitativo.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio empleado para el estudio de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en los municipios de Tumaco, La Unión, Buesaco y Puerto Asís Putumayo, es descriptivo de corte transversal.

4.3 POBLACIÓN REFERENCIA

Se tomaron los pacientes que ingresaron al programa de HTA de enero a junio de 2014 en las E.S.E.s de primer nivel de los municipios de Tumaco, Buesaco, La Unión y el municipio de Puerto Asís (Putumayo).

4.4 DISEÑO MUESTRAL

Se cuantificó el total de pacientes que ingresaron al programa de HTA de enero a junio del año 2014 en cada municipio, se utilizó para el análisis la totalidad de los pacientes para facilitar su interpretación.

4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

4.5.1. Diagrama de variables.



Tabla 9 Tabla Operacional De Variables (bibliografía)

VARIABLE		TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN	INTRUMENTO Y UNIDAD DE MEDIDA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		Cualitativa	Nominal	1. Adherente 2. No adherente	Test de Morisky Green
DEMOGRÁFICA	EDAD	cualitativa	ordinal	Edad en años	Encuesta, se mide en años cumplidos
	SEXO	cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino	Encuesta
SOCIOECONÓMICA	Nivel de escolaridad	cualitativa	Nominal	1. No tiene 2. Primaria 3. secundaria 4. Técnico 5. Tecnológico 6. Universitario	Encuesta, se escogerá de acuerdo al último año cursado

	Ingresos	Cuantitativa	Intervalo	1. Menor a un smmlv 2. Igual a un smmlv Mayor a un smmlv	3. Encuesta, se medirá en Smmlv
Cultural	Cultural	cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	Encuesta, se indagará al paciente acerca del uso de otros medios para bajar las cifras Tensionales
INSTITUCIÓN Y DEL PERSONAL DE SALUD	Percepción de la Institución	cualitativa	ordinal	1. No volvería = mala 2. Volvería = buena	Encuesta, se indagará acerca de la percepción de Institución y del personal de salud
	Seguridad	cualitativa	ordinal	1. Es seguro 2. No es seguro	
	Percepción de la atención de los profesionales de la salud (Médico, enfermera)	cualitativa	ordinal	1. Buena 2. Mala Regular	

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una encuesta en donde se indaga a los pacientes acerca de datos que den la información requerida para dar respuesta a todos los objetivos trazados en el presente estudio. (ver anexo 1) y se verificó el test de Morisky Green consignado en la última atención en la historia clínica.

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los pacientes que ingresaron al estudio se les explicó acerca del estudio y la importancia, firmaron un consentimiento informado que se encuentra relacionado en el anexo 2.

6 RESULTADOS

El presente estudio se realizó a pacientes que ingresaron al programa de hipertensión arterial en las instituciones de primer nivel, durante el periodo de enero a junio de 2014, en los municipios de Tumaco, Buesaco y La Unión en el departamento de Nariño y en el municipio de Puerto Asís en el departamento del Putumayo, donde se encontró que durante ese periodo hubo un total de 162 pacientes para el municipio de Tumaco, 52 para el municipio de La Unión, 43 para Buesaco y 59 en Puerto Asís. Los pacientes encontrados durante este periodo de tiempo se distribuyen de acuerdo al sexo como se muestra en la tabla 10, se mantiene una similitud en los porcentajes entre hombres y mujeres con excepción del municipio de Tumaco donde el porcentaje de diferencia de mujeres con HTA es de 80% y hombres de 20%.

Tabla 10 Clasificación de pacientes por sexo

Municipio \ Sexo	Tumaco		La Unión		Buesaco		Puerto Asís		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	Frecuencia	%
masculino	33	20%	21	40%	16	37%	21	36%	91	29%
femenino	129	80%	31	60%	27	63%	38	64%	225	71%
Total	162	100%	52	100%	43	100%	59	100%	316	100%

De acuerdo a la edad, los pacientes con HTA se encuentran distribuidos como se puede verificar en la tabla 11. Para el municipio de Tumaco el 35% de los pacientes en este periodo de tiempo se los diagnosticó en el grupo etario entre 70 y 80 años, para La Unión los pacientes con mayor aporte se encuentran distribuidos en los rangos entre 50-60 años y los 60-70 años cada uno con 31%, para Buesaco con un aporte del 37% entre los 60 y 70 años y para Puerto Asís con un aporte del 34% el grupo etario predominante están entre los 50 y 60 años de edad.

Tabla 11 Pacientes con HTA por grupos etarios

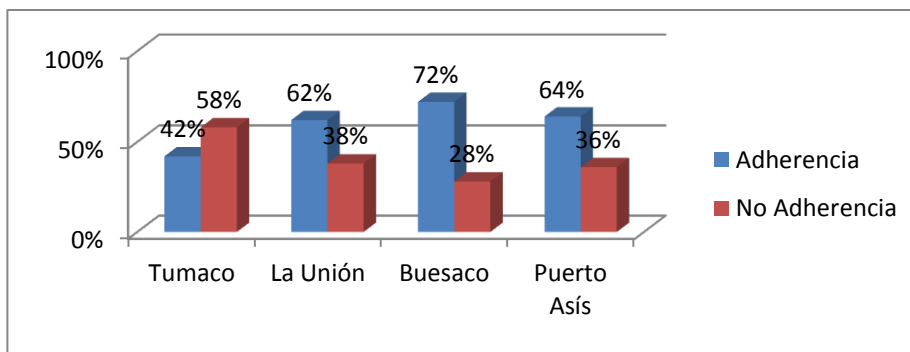
Municipio / Grupos etarios	Tumaco		La Unión		Buesaco		Puerto Asís		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
20-30 años	0	0%	1	2%	0	0%	2	3%	3	1%
30-40 años	1	1%	1	2%	0	0%	3	5%	5	2%
40-50 años	6	4%	3	6%	4	9%	10	17%	23	7%
50-60 años	28	17%	16	31%	7	16%	20	34%	71	22%
60-70 años	42	26%	16	31%	16	37%	12	20%	86	27%
70-80 años	57	35%	9	17%	10	23%	5	8%	81	26%
más de 80 años	28	17%	6	12%	6	14%	7	10%	47	15%
Total	162	100%	52	100%	43	100%	59	100%	316	100%

Dentro de estos grupos poblacionales se encontró que los pacientes tienen una adherencia similar, se observa que los pacientes con buena adherencia al tratamiento superan a los que no se adhieren al tratamiento, con excepción de Tumaco en donde se encontró un mayor porcentaje de pacientes que no se adhieren al tratamiento farmacológico, el aporte de pacientes no adherentes para el municipio de Tumaco es del 58% equivalente al 30% del total de pacientes que se les aplicó dicho test en todos los municipios.

Tabla 12 Número de pacientes adherentes y no adherentes de acuerdo al Test de Morrinsky

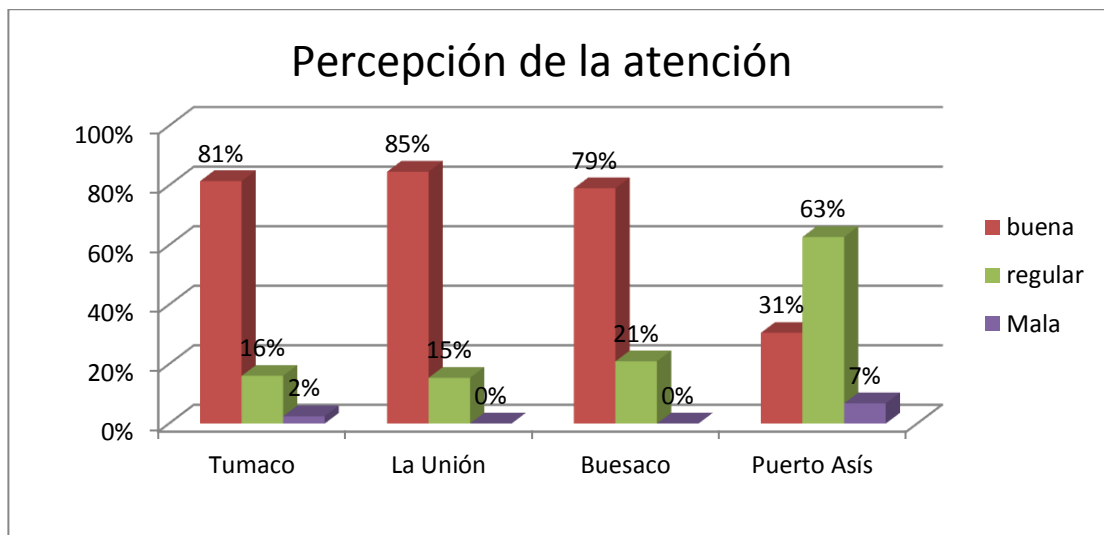
Municipio / Test de Morrinsky	Tumaco	La Unión	Buesaco	Puerto Asís	Total
Adherencia	68	32	31	38	169
No Adherencia	94	20	12	21	147
Total	162	52	43	59	316

Grafico2 Porcentaje de pacientes adherentes y no adherentes por municipio



En los municipios de Nariño incluidos en el estudio se encontró una buena percepción de la atención para Tumaco el 81% de los pacientes dicen que la atención es buena, para el 85% los pacientes encuestados de La Unión la atención es buena y para el 79% de los pacientes encuestados de Buesaco la atención es buena, sin embargo para el 63% de los paciente del municipio de Puerto Asís la atención es regular de acuerdo con el gráfico 3.

Gráfico 3 Percepción de la atención en pacientes con HTA

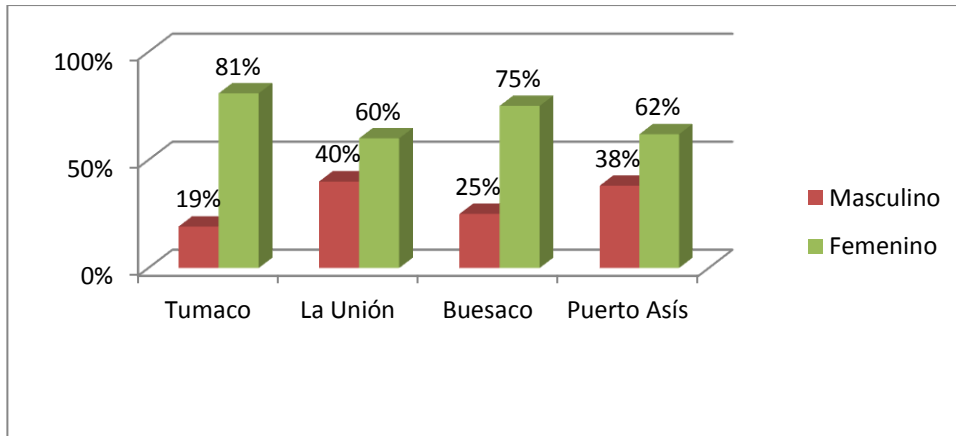


El porcentaje de pacientes no adherentes de sexo masculino en todos los municipios es inferior que las de sexo femenino quienes superan el 60% como se muestra en la tabla 13 y gráfico 4.

Tabla 13 Número de Pacientes no adherentes por el Test de Morisky Green de acuerdo al sexo

SEXO \ Municipio	Tumaco	La Unión	Buesaco	Puerto Asís	Total
Masculino	18	8	4	8	38
Femenino	76	12	12	13	113
total	94	20	16	21	151

Gráfico4 Porcentaje de pacientes no adherentes de acuerdo al sexo



En los municipios de Nariño se observó un mayor número de pacientes que usan tratamiento de origen natural para Tumaco el aporte fue del 57%, para La Unión fue del 60%, para Buesaco fue del 63%, para el municipio de Puerto Asís por su parte se encontró un menor porcentaje de pacientes que utilizan tratamientos de origen natural con un aporte del 33%.

Tabla 14 Número de pacientes no adherentes y su utilización de tratamientos de origen natural

Municipio	Tumaco	La Unión	Buesaco	Puerto Asís	Total
	Tratamiento De Origen Natural				
Si	54	12	10	7	83
No	40	8	6	14	68
Total	94	20	16	21	151

Gráfica5 Porcentaje de pacientes no adherentes con respecto a la utilización de tratamientos de origen natural

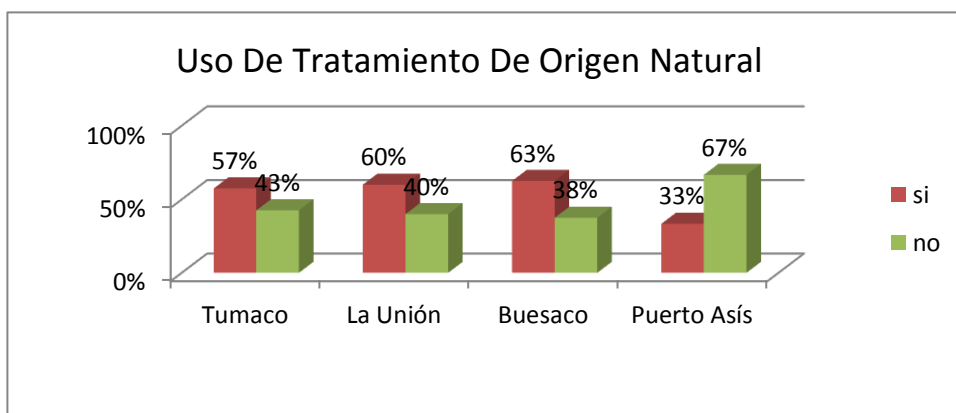
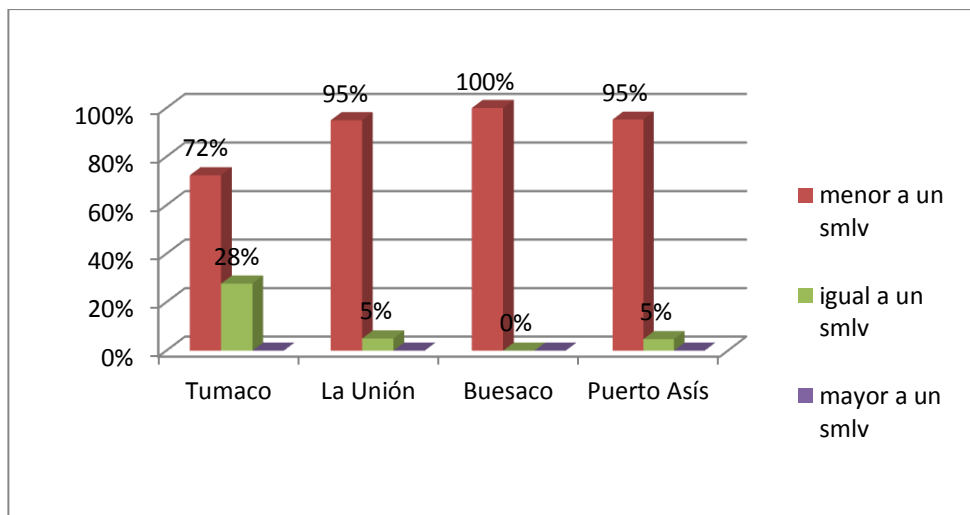


Tabla 15 Número de pacientes no adherentes de acuerdo a sus ingresos mensuales

Municipio / Ingresos Mensuales	Tumaco	La Unión	Buesaco	Puerto Asís	Total
menor a un smlv	68	19	16	20	123
igual a un smlv	26	1	0	1	28
mayor a un smlv	0	0	0	0	0
Total	94	20	16	21	151

En todos los municipios se observan pacientes hipertensos no adherentes con ingresos inferiores a un salario mínimo legal vigente (smlv) con aportes superiores al 70% de acuerdo al gráfico 6.

Gráfico 6 Porcentaje de pacientes no adherentes de acuerdo a sus ingresos.



7 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio de adherencia al tratamiento farmacológico para la HTA se encontró que en todos los municipios existe un porcentaje superior de mujeres con respecto al de hombres, en el municipio de Tumaco se puede observar una diferencia aun mayor con un aporte de un 80% de mujeres, como se muestra en la tabla 10, estos resultados son los esperados, pues en Colombia hay un mayor predominio de mujeres con HTA(2), (28), sin embargo en estudios realizados

anteriormente en Pasto se encontró un predominio de la HTA en hombres(2). Esto puede atribuirse al hecho de que las mujeres suelen acudir en mayor número y frecuencia a la consulta médica y en consecuencia ser más responsables en el cumplimiento de las indicaciones recibidas.

Teniendo en cuenta lo encontrado, se puede inferir que es importante en un futuro crear estrategias que permitan no solo la vinculación al programa del género masculino, sino también la toma de conciencia que involucre estilos de vida saludables garantizando el cumplimiento de las recomendaciones referidas por el profesional de la salud, propiciando así la reducción de las complicaciones asociadas a la enfermedad, las cuales se encuentran consignadas en la Guía nacional de Atención de Hipertensión Arterial.(2) Sin embargo como se muestra en el gráfico 4 entre los pacientes no adherentes hay un predominio de mujeres, hecho que en primera instancia se puede relacionar directamente con el porcentaje superior de HTA en mujeres o en realidad refleja una menor adherencia en mujeres que en hombres.

Con respecto al comportamiento de la HTA encontrada en los pacientes estudiados por grupos etarios, tal como se evidencia en la tabla 11, en general se encontró un aumento en el número de pacientes entre los 50 y 70 años, lo que puede estar relacionado con los tamizajes que permiten el diagnóstico de la enfermedad, y disminuye a partir de los 80 años hecho que puede estar asociado con las complicaciones ocurridas por el diagnóstico tardío de la HTA, entre estas complicaciones se puede incluir las de tipo cardiovascular incluyendo el infarto agudo al miocardio(2).

La adherencia al tratamiento farmacológico en los municipios de La Unión, Buesaco y Puerto Asís supero el 60%, sin embargo en el municipio de Tumaco se encontró una baja adherencia al tratamiento pues el porcentaje de pacientes adherentes fue del 42% como se muestra en el gráfico 2. Los datos encontrados en Tumaco se asemejan a la adherencia encontrada en estudios anteriores y de acuerdo a la PHAO, pues en ellas se encuentra que después de pasado un año de tratamiento los pacientes hipertensos en un 71% abandonan el tratamiento(5)(29). Sin embargo los otros municipios tendrían una adherencia similar a la de los reportes del Instituto Nacional de Salud donde describen que el 48% de los pacientes abandonan su tratamiento(30), países desarrollados como Estados Unidos de acuerdo a lo descrito en la literatura. (5)

De acuerdo a lo encontrado en el gráfico 7 de porcentaje de percepción de la atención en pacientes con HTA, se encontró que en los tres municipios de Nariño hay una buena percepción de la atención hecho que se puede atribuir a los buenos controles ejercidos por el Instituto Departamental de Salud de Nariño con respecto a la exigencia en el control de las enfermedades de interés en salud pública, en el municipio de Puerto Asís se encontró un porcentaje superior de pacientes no adherentes que consideran que la atención es regular, hecho que puede estar relacionado con la falta de adherencia pues al estar con un grado de

insatisfacción de la atención es probable que prefieran no asistir a sus controles o que en ocasiones no entiendan correctamente su tratamiento y la importancia del mismo.(5) De igual forma se puede asociar a la percepción que en general tienen los pacientes en Colombia con respecto al sistema general de seguridad social en salud (SGSS).(31) De igual forma se relaciona con una deficiencia en la comunicación del médico con el paciente, como se ha encontrado en estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud(30).

Se encontró entre los pacientes no adherentes en el Gráfica8 con respecto a la utilización de tratamientos de origen natural que el porcentaje de pacientes en los tres municipios de Nariño es superior al 50%, hecho que se puede relacionar con la falta de adherencia, pues por arraigo cultural e idiosincrasia al uso de productos naturales, es muy frecuente su utilización para tratar la HTA debido a que la mayoría de los pacientes consideran que son más seguros, hallazgo que también fue descrito por el Instituto Nacional de Salud(30).

En todos los municipios estudiados se encontró como se muestra en el gráfico 6 que los ingresos de los pacientes no adherentes en su mayoría resultó menor a un smmlv, lo que puede correlacionarse con su inasistencia, pues muchos de ellos no tienen dinero para desplazarse en reiteradas ocasiones al centro de salud, más aún en Tumaco donde muchos pacientes deben usar lanchas para desplazarse a su sitio de atención.

8 CONCLUSIONES

- La HTA es de mayor predominio en mujeres que en hombres porque por lo general asisten con mayor frecuencia a consulta médica.
- Se deja de manifiesto en este estudio que se debe realizar estrategias de acercamiento a los hombres para incentivar a asistir a consulta médica.
- En el municipio de Puerto Asís se debe mejorar la comunicación médico-paciente para mejorar la adherencia al tratamiento.
- En estudios posteriores en los municipios de Nariño principalmente en Tumaco donde hay un mayor porcentaje de pacientes no adherentes, se debería evaluar métodos que incluyan las creencias en el uso de medicina natural y el uso de tratamientos farmacológicos para mejorar la adherencia al tratamiento.
- En todos los municipios se deben elaborar estrategias que permitan el acercamiento de a los pacientes no adherentes para que llegue su medicamento y tengan un buen control médico.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Armas MJ, Armas MC, Hernández R. La Hipertensión en Latinoamérica. Red Rev Científicas Am Lat El Caribe Esp Port. marzo de 2006;1(1):9.
2. Pinilla Roa A, Perdomo MDP, Agudelo JF, Agudelo C, Pardo R, Gómez PI. Guía De Atención De La Hipertensión Arterial [Internet]. Ministerio de la Protección Social; 2000. Recuperado a partir de: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>
3. Agámez Paternina AP, Hernández Riera R, Cervera Estrada L, Rodríguez García Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Rev Arch Méd Camagüey. octubre de 2008;12(5):0-0.
4. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cárceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ Psychol. diciembre de 2006;5(3):535-48.
5. Yach D. Adherencia A Los Tratamientos a Largo Plazo, Pruebas Para La Acción. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004. 202 p. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
6. Rodríguez MÁ. Efecto De La Actuación Farmacéutica En La Adherencia Del Tratamiento Farmacológico De Pacientes Ambulatorios Con Riesgo Cardiovascular [Internet]. [Granada]: Universidad De Granada; 2008. Recuperado a partir de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2169/1/17838228.pdf>
7. Vinaccia S, Margarita Quiceno J, Gómez Lina Á, Montoya M. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Diversitas. diciembre de 2007;3(2):203-11.
8. Vinaccia S, Margarita Quiceno J, Gómez Lina Á, Montoya M. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Diversitas. diciembre de 2007;3(2):203-11.
9. Lawes CM, Hoorn SV, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. The Lancet. mayo de 2008;371(9623):1513-8.

10. Brundtland GH. THE WORLD HEALTH REPORT 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Internet]. Ginebra: WHO Graphics; Recuperado a partir de: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
11. Sachs jeffrey D. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development [Internet]. Ginebra: WHO; 2001. 210 p. Recuperado a partir de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>
12. WHO | Prevention of cardiovascular disease (CVDs) [Internet]. WHO. [citado 31 de mayo de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Pocket_GL_information/en/
13. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz krzysztof, Redón J. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension, The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology. *J Hypertens.* julio de 2013;31.
14. Lew EA. Actuarial Health Studies. *Encyclopedia of Statistical Sciences* [Internet]. John Wiley & Sons, Inc.; 2004 [citado 31 de mayo de 2014]. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/0471667196.ess1603.pub2/abstract>
15. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The jnc 7 report. *JAMA.* 21 de mayo de 2003;289(19):2560-71.
16. López Jaramillo P, Sánchez R, Diaz M, Cobos L, Bryce A, Parra J, et al. Latin American consensus on hypertension in patients with diabetes type 2 and metabolic syndrome. *J Hypertens.* febrero de 2013;31:16.
17. Neaton JD, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med.* enero de 1992;152(1):56-64.
18. Stamler J, Stamler R, Neaton JD. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks: Us population data. *Arch Intern Med.* 8 de marzo de 1993;153(5):598-615.
19. High prevalence of cardiac and extracardiac target organ dam... : *Journal of Hypertension* [Internet]. [citado 31 de mayo de 2014]. Recuperado a partir de: http://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2001/11000/High_prevalence_of_cardiac_and_extracardiac_target.18.aspx

20. Verdecchia P, Porcellati C, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Battistelli M, et al. Ambulatory blood pressure. An independent predictor of prognosis in essential hypertension. *Hypertension*. 12 de enero de 1994;24(6):793-801.
21. Pickering TG, James GD, Boddie C, Harshfield GA, Blank S, Laragh JH. How common is white coat hypertension? *JAMA J Am Med Assoc*. 8 de enero de 1988;259(2):225-8.
22. Julius S, Mejia A, Jones K, Krause L, Schork N, Van de Ven C. White coat versus sustained borderline hypertension in Tecumseh, Michigan. Recuperado a partir de: <http://hyper.ahajournals.org/content/16/6/617.full.pdf>
23. Robles NR, Cancho B. Hipertensión de bata blanca. *Nefrología*. 2002;5.
24. Mancia G, Facchetti R, Bombelli M, Grassi G, Sega R. Long-Term Risk of Mortality Associated With Selective and Combined Elevation in Office, Home, and Ambulatory Blood Pressure. *Hypertension*. 5 de enero de 2006;47(5):846-53.
25. Ohkubo T, Kikuya M, Metoki H, Asayama K, Obara T, Hashimoto J, et al. Prognosis of «Masked» Hypertension and «White-Coat» Hypertension Detected by 24-h Ambulatory Blood Pressure Monitoring 10-Year Follow-Up From the Ohasama Study. *J Am Coll Cardiol*. 2 de agosto de 2005;46(3):508-15.
26. Sega R, Trocino G, Lanzarotti A, Carugo S, Cesana G, Schiavina R, et al. Alterations of Cardiac Structure in Patients With Isolated Office, Ambulatory, or Home Hypertension Data From the General Population (Pressione Arteriose Monitorate E Loro Associazioni [PAMELA] Study). *Circulation*. 18 de septiembre de 2001;104(12):1385-92.
27. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 12 de noviembre de 2013;01.cir.0000437741.48606.98.
28. Eugenia Herrera Guerra. Adherencia Al Tratamiento En Personas Con Hipertensión Arterial. *Av En Enferm*. 2012;2:11.
29. v21n4ao4 adherencia a tratamiento en HTA MALAGA.pmd - v21n4ao4.pdf [Internet]. [citado 4 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n4/v21n4ao4.pdf>

30. Buendía JA. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. Biomédica. 1 de agosto de 2012;32(4):578-84.
31. salud-investig - salud_investig.pdf [Internet]. [citado 5 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_1/salud_investig.pdf

10 ANEXOS

10.1 ANEXO1

ENCUESTA

Nombre: _____ **cc:** _____

Edad: _____ **sexo:** 1. Mujer 2. Hombre

- **Es tan amable de decirme: ¿cuál fue el último grado de estudios que cursó?**

1. No estudió
2. primaria
3. secundaria
4. técnico
5. tecnológico
6. Universitario

- **¿A qué se dedica usted?**
-

- **Me puede decir, aproximadamente, ¿Cuánto gana usted mensualmente?**

1. menor a un smlv

2. igual a un smlv

3. mayor a un smlv

- **¿Usted utiliza algún tipo de tratamiento de origen natural para controlar su presión arterial?**

1. si

2. No

- **¿A usted le gusta la institución donde los atienden?, ¿volvería para que lo atiendan?**

1. si

2. No

- **¿A usted le parece segura la atención en la institución donde lo atienden?**

1. si

2. No

- **¿Cómo le parece a usted la atención por parte de los profesionales de la institución?**

1. Buena

2. Regular

3. Mala

10.2 ANEXO2

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por estudiantes de Especialización en gerencia de la salud pública, de la Universidad Mariana en convenio con La Universidad CES de Medellín. El objetivo de este estudio es Describir los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica en las E.S.E.s de primer nivel en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ identificado con cc. _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es: Describir los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica en las E.S.E.s de primer nivel en tres municipios del departamento de Nariño y en un municipio de Putumayo.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste

haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha